

介護保険施設サービスにおける チームマネジメントとその課題

村 田 麻起子

〔抄 録〕

介護の問題は、超高齢社会を迎え他人ごとではなく、誰もが自分のこととして考えなければならない現実問題として顕在化してきた。そのサービス提供の場では「自立支援」「自己決定」といった価値の浸透とそれらに基づく個性を重視した提供システムの開発、介護の理念、知識、技術の発展、資格制度、教育システムの再構築など社会的要請の影響をうけた動きが高まっている。そこで、本稿は、近年介護実践の場で開発されたユニットケアや小規模多機能型居宅介護など、個性の高いサービス提供システムを施設ケアの歴史的成果を踏まえて整理し、中でも、施設でも在宅や地域においてもサービス提供するチームが小規模化する中で、質の高いケアを効果的に利用者に届けるために、あるいは、そのことを実現できる人材とチームを育てるために必要と言われている「チームマネジメント」とそれらを担う上級介護職の職務と課題を整理することを目的としている。更に社会が成熟し高齢化も進む中で、介護の専門職及び上級介護職に求められる実践的技術としての「チームマネジメント」を導き出し、今後、地域社会において暮らしを支える福祉専門職としての介護職の課題を提起するものである。

キーワード：個別化、小規模ケア、チームマネジメント

は じ め に

わが国の高齢者介護における施設サービスの変遷について整理したい。制度としての始まりは、1963年老人福祉法における特別養護老人ホームである。そこでの介護技術やサービスの総称である「施設ケア」は、時代の社会的要求を受けて、創造的に実践を生み出し、ケアの技術開発とサービスの質の向上を牽引してきた。この「施設ケア」の場に2000年介護保険制度が導入されたことは、実践の価値や技術、サービスの質を大きく動かす外因となった。介護保険法第1章第1条には、「尊厳ある自立」の支援が謳われ、2002年「2015年高齢者介護」の報

告書では、4点の重点課題の一つとして認知症ケアを標準的ケアモデルとすることを標榜している。また、2011年からは医療行為の一部が違法性を阻却され介護職が担う技術となり⁽¹⁾、その専門領域は価値、知識、技術の面において広く深く拡がり続けている。このことは、社会的介護とそれらを担う専門職に対する社会の期待であり、成熟した社会が高齢化し介護が社会化されていく上での必然ともいえる。

「尊厳ある自立」と個別性の高い生活を実現するために実践の場で開発され制度化された仕組みは、施設サービスにおいてはユニットケア、地域密着型サービスにおいてはグループホームや小規模多機能居宅介護などいずれも小規模のグループケアを特徴としている。このような実施体制にあっては、従来の集団ケアに比べて多くの介護職が必要となる。そこで個別性の高い生活を実現するためには、一人ひとりの利用者の生活を知り理解を深め、身体的な介護だけではなく、精神面や社会・文化面にも目を向け、生活だけではなく人生の質をも支えることが求められる。また、利用者に信頼される関係を結ぶことは言うまでもなく、豊かなコミュニケーションを基盤とした家族、地域などの関係の中で生活の実現、あるいは継続を支援することを目的としている。介護の専門職は量的にも必要であるうえに、質的にも求められるということになる。加えて、そのような専門職の介護は、バラバラに提供されるのではなく、チームケアとして利用者に届く仕組みになっている。したがって、一人の専門職として介護の知識や技術を備えているということは言うまでもなく、チーム中でその力を発揮しなければならない。チームケアに貢献できる人材はチームの中で成長していくのであり、成長の鍵を握っているのがチームのリーダーである。更に、望ましいのは、リーダーを実践的に育成する介護統括責任者がチームを支える形で施設サービスの現場は組織されていることである。したがって、リーダーや上位者に求められる能力の標準化や、その能力を習得する研修プログラムやシステムの開発が喫緊の課題である。リーダーシップや人材育成の技術は、現在のところ教育現場で標準的なプログラムは開発されていない。OFF-JTにおいては各施設での研修や外部研修に委ねられている。このような状況からみても、専門職がチームの中で育っていくためには、OJTを担うリーダーやリーダーを支える上位者を育成する研修教材の開発と研修システムの整備に強い期待がよせられる。

そこで、高齢者福祉の発展と課題を背景に、その課題を（1）施設ケアをその環境や介護の在り方や提供のシステムから辿る（2）介護職に求められる知識や技術を、その職務、教育過程や現任者の研修から探る（3）実践経験で機能したことしなかったことの考察と介護統括責任者へのヒアリング調査から考察するといった方法によって明らかにし、実践を担う介護の専門職を質的に量的に担保していくために重要と考えられるチームのマネジメントに必要な価値、知識、技術について言及し、今後の地域社会において介護福祉を担う人材の在り方という観点から以下順に述べていきたい。

1. 高齢者施設の歴史的変遷

(1) 戦後の高齢者施設

高齢社会基本文献集の『ハンドブック——老人ホーム職員のために——老人はどこで死ぬのか——老人福祉の課題——』（初版1967年）には、冒頭に以下のような文章がある。「老人福祉法の目的の中に「心身の健康保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ（第1条）」とあり、その必要な措置の一つとして——中略——65歳以上の老人のうち、その必要あるものを発見して、老人ホームに入所させることを義務づけています。」とあり、「これを措置入所させる、あるいは、措置するという」という文章がある。高齢者介護が社会保険方式で提供されるシステムになって12年経過した現在では、少なからず違和感のある文章となっている。また、特養別養護老人ホーム（以下「特養」）は、「いわゆる寝たきり老人をお世話する施設」とあり、寝たきりという言葉を目にすることは、歴史的経過であるがやや抵抗を感じる。一方で、介護を必要とする高齢者に対する社会の見方であるとも言える。ここでは、1963年から現在に至るまでの特養における、居住水準と、そこで提供されるサービスやケアの在り方、ケア理念の転換、それらを取り巻く社会や制度の変化にふれながら、高齢者施設の変遷を整理したい。

(2) 高齢者施設の内部環境の変遷

居住水準

1963年老人福祉法における特養の創設から2003年以前に開設された施設の建築基準においては、居室は8人部屋から始まり、1995年から2003年までに開設された施設は、全体の居室半数が個室で残る半数が4人部屋という構造が「従来型」と言われる特養では標準であり、最も多い。しかし従来型においても、開設当初のままではなく、トイレの増設や浴室の改修、4人部屋のベッドの間に間仕切りの設置をするなど、最新の居住水準に近づける努力がされたが、光や音、室温などは個人が自由にはならず、プライバシーも尊重しにくい構造上の課題は依然として残っていた。このような、従来型の構造上の課題をいとも簡単に解消したものが次に述べる「新型」と言われるユニット型施設の構造である。

2003年以降の開設された「新型」と呼ばれるユニット型施設は、個室が標準となっただけではなく、共同生活室というリビングやトイレは分散して数か所もしくは個室ごとにあり、浴室は居室と同じ階に一般家庭と同じような浴槽を設置した浴室といった生活の場としての居住の水準が飛躍的に向上している。こうして、はじまりは、病院に近い設備や構造であった施設は、段階的に制度に誘導されながら居住としての水準を高めてユニット型施設の構造を生み出したことに加えて、従来型施設の居住水準を最新のモデルに近づけようと改修や個室化などのインセンティブとなったという歴史的成果があった。

サービスの変遷

創設時の老人福祉法第 11 条に「身体上または精神上著しい欠陥があるために常時の介護を必要とし、かつ、居宅においてこれを受けることが困難なもの」とあり、そのようなものを「収容」する施設として設置されたのである。この条文は、1987 年老人福祉法の改正により「欠陥」は「障害」へ、「収容」は「入所」へと改められた。特養が収容施設から生活を支える、「生活の場」としての施設へと脱皮することが求められたのである。

3 大介護

1970 年代に入ると、先駆的な実践者によりサービスの在り方を「生活の場」にふさわしいものに近づける様々な取組みが生まれた。たとえば、1 日のほとんどをベッド上で過ごす「寝たきり」状態⁽²⁾から、日中の生活範囲の拡大のために「離床」「寝食分離」⁽³⁾ということが目標とされていく。生活範囲の拡大だけでなく、オムツ交換やトイレ誘導といった排せつ介助の時間を定時業務から、「濡れたらすぐに交換する」「随時交換」を行う施設が注目を集めた。食事は、定時でメニューは単一、仕切り皿に「盛り切り」の食事というより給食であった。1993 年『全国老人ホーム基礎調査報告』によると「ごはん、汁のおかわり」という調査項目があり、おかわりが「できる」の回答は社会福祉法人立の特養では 57.5% で、公立では 30.3%、公設民営では 39.3% といった「盛り切り」の食事提供の状況がみてとれる⁽⁴⁾。後に「バイキング食」や「選択食」といった実践が広がっていく。入浴も、ストレッチャーの上で体を洗い、そのまま浴槽につかる「寝たきり浴」ではなく、「一般浴」「普通浴」といった座位で介助を行うようになった。

日課が生活の時代

3 大介護の在り方が変化してきても、それを行う仕組み自体は、施設が定めた日課が中心であり、時間と場所を決めて介護が行われていた。筆者が 1997 年に特養で介護職として勤務し始めた頃でも、3 大介護といわれる食事、入浴、排せつの介助を早く、効率的に時間通りにいやむしろ決まった時間よりも早くこなすことがよい介護職であると認識していた。とにかく早く、早くという気持ちがあり、施設の廊下なども走っていたことや、車いすに乗った入居者をかなりのスピードで移動介助していたことを反省する。流れ作業的な入浴介助では、衣類の着脱、立位保持やトランスファーの技術は短期間で習得はしたが、「安全」と「効率」重視で、目の前の入所者がどのような気持ちなのか推し測り心理的ニーズや個別のニーズを理解して介助するといった意識は低かった。「業務を回す」という言葉が行きかい、利用者中心とは思いつつも、業務を強く意識していたことを振り返り反省する。それでも、多くの現場では次第に集団で業務的な介助に疑問を持つようになり、業務中心から脱皮しようとする工夫や取組みをしたいという意識も高まって、外出や買い物、喫茶などを企画して生活の潤いや楽しみを広

げようという工夫や、入所者中心に介護できるように業務改善への動機が高まり、勤務のシフト制や介護量が高まる時間の人員配置を厚くするなどの工夫が生まれていった。

介護単位の小規模化

3大介護の工夫や日課中心からの脱皮、そして、次に大きな影響を及ぼしたものは、グループホーム、宅老所での小規模での介護である。大人数でざわざわした環境の中での介護よりも、少人数での生活に小規模な介護チームで関わるのが、認知症による生活のしづらさを抱える人たちの行動が安定し有効であるということがわかってきた。この影響を受けて、新たな取り組みとしてだけではなく、介護提供のシステム自体を根本的に変えて集団画一的処遇から一気に個別ケアの実現への道筋が見え始め、実践の場での工夫から「ユニットケア」が開発された⁽⁵⁾。

介護保険法の施行

経済成長が望めないことは、1990年バブル景気崩壊とともに明確になり、その後の日本の経済は、20年間GDPもほとんど伸びていない。並行して高齢化社会から超高齢社会へ突入することが予測され、更に高齢者に対するサービスの量的拡大を図る必要がある中で、公的財源だけで提供するには財政的負担が大きく、景気にも左右され持続的、安定的な供給に課題があった。そこで、導入されたのが介護保険法である。施行から12年、幾度かの制度改正が実施されサービスの整備が行われた。その結果、地域的な格差はあれ、サービスを提供する事業所は、施設、在宅ともに拡充した。更に、2006年には新たなサービス体系として地域密着型サービスを生みだし、施設サービスにおいてはユニット型施設整備数は全国で2000施設を超えている。更に、2010年「高齢者すまい法」により、厚生労働省、国土交通省の共管で「サービス付き高齢者向け住宅」が創設されるなど、施設から地域へ、施設から多様な住まいへの潮流を生み出したことは、評価すべき点であると考ええる。

また、様々な課題を抱えながらも介護予防サービスの創設や、重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、短時間の定期巡回型訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応サービス」を創設するなど地域における24時間365日シームレスなサービスの充実に向けて進み始めていることも介護保険制度の成果であると考えられる。

(3) パーソンセンタードケアの理念

介護保険制度が導入された時に、実践の場でよく耳にしたのが「自立支援」と合わせて「利用者主体」「利用者本位」という言葉であった。筆者は、その言葉の意味を、その人の望むことや思いに沿って、その人を中心に考えてサービスを提供する姿勢だと受け止めていた。しかし、その言葉は、介護保険制度における言葉であり保険における標準的サービスを提供するた

めに必要な考え方であり、制度の中に見る理念には、ケアの理念が見当たらなかった。しかし、1990年代にイギリスの専門家の間で使われ始めた「パーソンセンタードケア」「パーソンセンタードアプローチ」には注目したい。ケアや心理的援助リハビリテーションを認知症の人の「人間性＝パーソンフッド」を中心に構成するという考え方で、認知症を抱えていても、その人の人間性を重視するということは主観的な世界を尊重するという態度と結びついている。その人の感じていることをわかりたいと思うと「聴く」、その人の言葉に耳を傾けて、その人自身が感じている「喜びや苦悩を尋ねてみる」といった行動が生まれる。パーソンセンタードケアの観点から認知症の人の生きている世界を理解しようとする研究報告が1990年代後半以降に多く輩出されたが、中でもイギリスのトム・キッドウッドが有名である。

ケアワークとパーソンセンタードケアの理念との出会いは、ケアの場面での利用者に対する姿勢や考え方を変えていった。その人に適したケアの答えは、当事者が持っているという単純明快なことに気づかれる。利用者がどう感じているのが課題であり、それを引き出す言語・非言語コミュニケーションの技術が必要となる。トム・キッドウッドが主張しているのは⁽⁶⁾、心理的ニーズを重視することや、人間関係の中で、その人らしさを発揮できるような人や環境づくりも専門職の役割であり、パーソンセンタードケアの理念は深く、人の存在そのものに対する姿勢であるといことである。パーソンセンタードケアの理念との出会い、そして、2006年にそれまでの「痴呆症」から「認知症」に公的な文章も置き換えられた。現在では、「認知症」という名詞が一般的になっている。それらは、高齢期を生きることに對する社会の見方の大きな変化でもある。

2. 求められる専門職像

ここでは、求められる介護の専門職像を戦後から介護保険制度導入までと導入後を比較し、①介護の理念と価値 ②サービス提供システム ③介護の技術の3点に着目して整理したい。また、生活の社会化により外部化された「介護」が「介護福祉」へと進んでいく課程と、専門職化の道を辿った「介護職」の像をその時代の価値や教育課程、現任研修から探ることで明らかにし、新しい介護と専門職像を明らかにしつつ、新たな介護の実践的技術について言及したい。

(1) 専門職像の変化

寮母

現任者向けに刊行された『老人ホーム職員ガイドブック』には、「直接処遇の専門家としての寮母」という項があり、「寮母が老人の全生活に立ち向かう唯一のスタッフであるという事実そのものが、他の専門職種とは別の専門的な活動」とであるとしている。また、専門職として確立するための条件としては、記録や経過観察の技術が必要であり、医師や看護職などの専門

職がそうであるように、経過記録をもとに同職種間、あるいは他職種間で情報の共有を行うことが可能になるとしている。観察と記録、連携の職務は記述されているが、その目的は、全生活に立ち向うとあり、具体的な目的やビジョン等の記述は見当たらない。ガイドブックには、身体介護の技術としては、清拭の方法や、褥瘡を回避する体位交換の方法などが図解で記載されているが、トランスファー（移乗）の技術に関しては、文章での記述のみで⁽⁷⁾ 介助が必要な場合は「残存能力を発揮し、協力してもらう」とあり、全介助の場合は「利用者と介助者の上半身をぴったりと付けるようにして行う」とあり、技術の根拠となる理論については言及していない。山本輝彦は『寮母養成研究過程と方向』⁽⁸⁾ で「老人福祉に働く職員、とりわけ寮母の資質、能力、すなわち専門性が要求されている」としている。

寮母から介護職へ

2004年厚生労働省「新しい介護福祉士養成のあり方及びその養成プロセスの見直しに関する検討会」の資料にある「求められる介護福祉士像」には、① 尊厳を支えるケアの実践 ② 現場で必要とされる実践的能力 ③ これらからの介護ニーズ、政策に対応する ④ 施設、地域（在宅）を通じた汎用性のある能力 ⑤ 心理的・社会的支援の重視 ⑥ 予防からリハビリテーション、看取りまで、利用者の状態の変化に対応できる ⑦ 他職種協働によるチームケア ⑧ 一人でも基本的な対応ができる ⑨ 「個別ケア」の実践 ⑩ 利用者・家族、チームに対するコミュニケーション能力や的確な記録・記述力 ⑪ 関連領域の基本的な理解 ⑫ 高い倫理性の保持の12項目で整理されている。介護の職務課題も明らかにされ、更には、職務の価値として尊厳の保持と倫理の要求など専門職化への進展を見ることができる。

(2) 身分法とその改正

山本輝彦の「寮母養成研究の過程と方向」には注目すべき文章がある。「寮母資格の必要性に関しては「ねたきり老人」や「痴呆症」への介護を実施するにあたり、他職種との連携が不可欠であることから、「寮母」が無資格であることは好ましくない」としている点である。つまり、介護の場面で連携する他職種はすべて資格を有した専門職であるのに、寮母は専門性を要求されているが資格がないことは課題であるとしている。そのころ在宅ではホームヘルパー、施設においては寮母の急増と活動実態が明らかになり、1970年「社会福祉施設緊急整備5か年計画」により、特養数が養護老人ホームを上回り、施設の寮母の数的要求や、質の向上を目指した実践の取組み生まれる。そうした、社会的要請と呼応して⁽⁹⁾、介護福祉士の資格化への動きは、1985年から2か年にわたり日本学術会議社会福祉・社会保障研究連絡委員会の研究調査や、1987年2月、厚生大臣に「社会福祉におけるケアワーカー（介護職員）の専門性と資格制度について」意見の具申をした。1986年には全社協が、介護職員の養成・資格に関する委託研究を行い報告するなど着実に制度化への道筋を辿り、1987年「社会福祉士

及び介護福祉士法」が制定された。1992年「全国老人ホーム基礎調査報告書」によると、特養の寮母の有資格率は19.3%（回収率83%）に上っている。

2007年12月5日「社会福祉士・介護福祉士法の一部を改正する法律」が公布された。改正のポイントは、①定義規定 ②義務規定 ③資格取得方法である。③資格取得のルートについては既に、現行制度の改正内容はほぼ確定しているが、施行時期を当初の予定の平成24年度から平成27年度に延期することとなった。規定の2点において改正の前後を比較してみる。専門職の行う介護は、身体機能だけではなく、「心身の状況に応じた介護」としたことは着目すべき点であり、従来の専門職像から脱皮し、今後求められる専門職の在り方を指示するものである。（表1、表2参照）この改正を受けて介護福祉士養成カリキュラムも「新カリキュラム」に改正され時間数も1650時間から1800時間となった。

表1 〈定義規定〉

改正前	改正後
専門的知識、技術をもって入浴、排せつ、食事その他介護等を行うことを業とする者	専門的知識、技術を持って心身の状況に応じた介護等を行うことを業とする者

表2 〈義務規定〉

	改正前	改正後
誠実	なし	その担当する者が個人の尊厳を保持し、その有する能力及び適正に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、常にその者の立場に立って、誠実にその業務を行わなければならない
連携	医師その他医療関係者との連携を保たなければならない	その担当する者に、認知症であること等の心身の状況その他の状況に応じて、福祉サービス及びこれに関連する保健医療サービスその他のサービスが総合的かつ適切に提供されるよう、福祉サービスを提供する関係者との連携を保たなければならない
資質向上の責務	なし	社会福祉及び介護を取り巻く環境の変化による業務の内容の変化に適応するため、相談援助又は、介護等に関する知識及び技能の向上に努めなければならない

出典：厚生労働省社会・援護局「社会福祉士法及び介護福祉士法等の一部改正する法律案について」2007年より引用 村田作成

3. 新たな技術としてのチームマネジメント

ここでは、専門職化の道筋を辿った介護職に期待される具体的な「価値、知識、技術」を基盤として、その専門性を展開する場面で求められる実践的技術について言及したい。ここで、述べる実践的技術とは、ケアやサービスをチームで効果的に提供するための技術であり、質の高いチームケアを提供するための人材育成の技術であるチームのマネジメントである。

(1) 新たな技術への期待

介護保険制度が牽引したものは、尊厳あるケア、自立支援、個別性の尊重といった価値と、

実践の場においては「チームケア」と「チームの小規模化」である。実践の場で一斉を風靡した「ユニットケア」も、実は、尊厳ある生活の実現が目的であり、そのことをチームで支えるために開発されたシステムである。チームケアの推進は、チームのまとめ役でありチームの育成を担う「リーダー」の存在と重要性を明らかにしていった。この点について多くの調査研究が行われ⁽¹⁰⁾「介護保険施設における介護職員の業務のあり方に関する研究報告書」には、急速な小グループケアの進展は、リーダーの数と従来の介護のスキルだけではない上級専門職としての質への要求を同時に生みだしていると言及している。

それでは、従来の介護のスキル以外のものとは、いったいどのような技術であろうか。実際に行っている職務に関しては⁽¹¹⁾、「特別養護老人ホーム等における介護職員のキャリア形成を志向した職場内研修やケース会議の実施体制、方法に関する調査研究事業報告書」では、管理、監督職へのアンケート調査では「職務階層別の業務内容の実施状況「行っている」回答割合と実施ランクの結果では、介護職から管理職へキャリアを積むにしたがって、新人教育や人材育成、サービス改善やリスクマネジメント、介護サービスの質の向上や業務改善の割合が拡大していくことが見て取れる。これら実際に行っている職務からみても、少なくとも、ケアワークやソーシャルワークのスキルは必要ではあるが十分ではなく、それらの職務はキャリア形成と比例して必要度は拡大していくことが明らかになっている。

ユニットリーダーの創設

2003年ユニット型施設が創設され、その中で「ユニットリーダー」という役職が人員配置基準の上で必置となった。役職としてのリーダーが制度上明確に位置づけられたという点において意義は大きい。このことが、ユニット型施設だけではなく、従来型施設においてもリーダーという役職に対する共通認識をもたらすことになった。しかし、一方で、その要件は、国が定めた「ユニットリーダー研修」を修了することのみで、資格や経験を問うてはいない。ユニット型だけではなく、従来型の施設においても、ケアチームの小規模化は進んでおり、「ユニットリーダー研修」だけではなく、小グループケアに対応できる新しいリーダーと現任者に対する研修システムと養成が必要になっている。施設だけではなく、地域密着型サービスの場面や、在宅サービスの場面においても、汎用性のある技術を持ってリーダーシップとマネジメントを発揮できるリーダーを育成することは更に重要な課題となっている。

キャリアパスとしての「リーダー」

介護職として介護福祉士の資格だけではなく、実務も経験しながら介護支援専門員や社会福祉士など複数の資格を取得してくると、生活相談員やケアマネージャーなどの相談援助職を志向することが多くみられる。それは、介護職のキャリアパスが明確になっていないことが要因であると考えられる。また、目指そうにもそのポジションは既に埋まっていて、やむなく居宅

のケアマネージャーを目指し離職するといったケースも少なくない。実務経験3～5年の職員に対して⁽¹²⁾「介護保険施設における介護職員の業務のあり方に関する研究報告書では「小グループリーダーをキャリア形成の第一歩」として位置づけることと同時に、その研修の枠組みとシステムづくりが不可欠であることを提言している。介護職の募集の紙面に、「リーダー募集」や「マネージャー募集」と掲載されるようになるには、リーダーやマネジメントを担う人の職務に関しての共通認識が必要である。

（2）実践経験から考察

筆者は、2000年から12年間この間、従来型、準ユニット型、新型ユニットと3つのタイプの施設で実践を担い、職務としては介護職、生活相談員、介護支援専門員を経験して、職責としては、リーダー、サブマネージャー、マネージャー、管理者を経験した。幸運なことに介護職としてのキャリアの道筋を辿ったのである。介護職として実践で目指してきたことは、言うまでもないことであるが、尊厳の保持と個別性の高い生活である。しかし、そのことを実現するには、様々な課題があった。ここでは、実践と経験からサービスやケアの質の向上、それを担う人材の育成とチームづくりにおける課題と、課題を解決するために実践で有効であったこと、そうではなかったことについて整理したい。

サービス提供システムの課題

施設サービスの大きな問題は、提供システムが画一的になりがちで、個々の利用者の流れに合わせにくい課題がある。集団画一的なサービスの課題に対して機能したものは、介護職員の加配とチームの小規模化であった。従来型では、利用者25名に対して常勤換算5.6名の配置から、25名の利用者を2つのゾーンに分けて、一つの生活単位に常勤換算4.2名×2（8.4名）の職員配置のチームを経験した。職員配置数を上げることと同時に、配膳車で一人分ずつお盆に載った食事が運ばれてくる提供システムを、3食とも2時間の幅で、食堂でその場で「選べる食事サービス」が開始された。時間とメニューを固定した食事サービスから抜け出したのである。そのことは画期的なことであり利用者の満足度も向上すると考えていた。しかし、実際にはいくつかの課題に気づいた。①定時の食事に「ならされていた」利用者は、2時間提供時間があり、その時間であればいつでも食べることができると言われても安心できず、結局、食事提供時間が近づくと自分で移動できる利用者は食堂へ降りるエレベーターの前に集まるといった状況が生まれた。②「選ぶ」ということにおいては、言葉で表現できない利用者には、メニューの見本を見てもらい指でさす、目線やうなずきで確認することを可能にした。しかし、中には、何種類かのメニューの見本を見ても「何でもいい」という利用者がいて、次第に「もしかしたら、自分たちが選ばせているのではないか」という疑問を抱くようになった。③時間に関して幅はあるとはいえ、全介助の食事時間が長くなる利用者に関しては早めに食堂に

移動してもらっていた。安全に介護できる状況という判断でもあったが、利用者一人ひとりの気持ち意向を尊重しようとするより、業務優先の意識が残っていた。④個別性の高い生活支援のための介護チーム小規模化と職員加配は、従来からの階を隔てた浴室への移動介助時間に加えて、3食×2時間で6時間の食事時間中のエレベーターを使った移動介助を生み介助量を増大させたことと、その間、居室のある階と1階の食堂と3か所に利用者の居場所が分散することによる見守りの介護の増大という課題に気づいた。

介護の主任として筆者の職務の課題は、大きく2点ある。一つは、食事のメニューだけではなく環境を含めてどのような食生活を望んでいるのかといった利用者のニーズを探り食生活の支援を考える意識に欠けていたという点である。また、メニューをその場で選ぶということは生活の中に選択肢が広がることではあるが、選ばなくてもいい環境がないと、単に選ばせてしまっていて利用者にとっては負担になる時もある。それは、メニューだけではなく、食事場所や時間についても同じことが言えた。

一つは、やはり従来型の設備や構造の課題である。生活場面ごとに長い動線やエレベーターによる移動を必要とする構造は、職員加配しても移動介助に取られてしまう。そのことは、利用者の側から捉えると、1日の生活はトイレへの移動、3食食堂への移動、浴室への移動と移動の連続である。建物の構造や設備がそもそも住まいに遠いもので、その中で生活支援を行う上でサービスやケアに及ぼす影響が大きいという課題を十分に分析できていれば、各階でリビングやダイニングをしつらえて、移動動線をできるかぎり短縮する工夫を提案できた。また、施設の構造や設備といったハードがサービスの質に影響することが大きくその点は改修や建替えなどの大掛かりな改修が必要となり課題を残した。

サービス提供システムと居住環境

前段で、サービス提供システムを小規模化しても、居住としての環境整備が伴わなければ、機能しにくくその効果は低いということを述べた。そこで、次に勤務した介護保険の施設サービスで創設される前に、先駆的にユニットタイプで開設された準ユニット型という従来型にはないキッチンやリビングなどを備えた施設での経験をふまえて整理したい。

準ユニット型の施設は、利用者の生活単位は概ね10名～14名まで、ユニットと呼ばれる生活単位ごとにキッチンやトイレ、お風呂が日常の生活空間にあるメリットや、基本的な生活はエレベーター移動しなくても行うことができる設備と構造は、生活を支える上では有効であると感じた。部屋は個室だけではなく、多床室もあったが、個人の空間は襖と障子で仕切られ、照明や空調は個別に設置された個室的な多床室を有していた。職員のチームもユニットごとに配置されていて利用者のニーズや生活を理解しやすいシステムとなっていた。また、食事は各ユニットにあるキッチンで炊飯やコーヒーを立てて、その香りが漂い、副菜は個人の食器に盛りつけられていた。食事のメニューを毎食選択することができなくても、嫌いなメニューの時

は代替えのものを準備できる上、副菜をユニットのキッチンで適当な大きさや硬さにするなどきめ細かい対応がなされていた。従来型のハード面の課題は、ほぼ解消され、食事や入浴、排せつなどの生活の基本的な行為は、長い廊下やエレベーターで移動しなくても可能になった。また、ユニットごとにキッチンやリビングがあることの意味は大きく、食事の準備や片づけや簡単な調理の場面で利用者の生活行為を引き出すことや参加の可能性を広げた。介護職もユニットごとに固定の配置で小規模化が実現され、個々の利用者の生活とニーズを把握しやすくなり、個別の利用者に応えたいというケアの動機が引き出され更に個別ケアが深まる好循環を生む効果があった。

しかし課題もあった。小規模ケアは利用者を深く知りえる反面、チームづくりやチーム運営は難しいということを実感した。一つのユニットで勤務する職員は様々な資格、経験、技術の介護職がいてしかも常勤職員だけではなく非常勤職員もいるといった雇用条件の異なる職員が5～6名程度いる。そこでは、個人の資質や能力は重要であるが、そのこと自体が質の高いケアを生み出すのではなく、チームのメンバーが連携してチームの力を高め質の高いケアを生み出すのであり、チームに貢献できる人材が求められた。介護職としては、資格、経験、技術を持っていたとしても、チームになじまない場合や他の職員の負担になる場合もあり、チームに貢献しようとする姿勢とチームのメンバーと専門職としての良好な関係を構築することも求められる能力であり、そのような専門職として育成する役割がリーダーに求められる。

また、勤務の設計が非常に難しく、1つのチームは少ないメンバーで勤務表を作成するので、一人欠けると勤務へのダメージは大きい。ほかの職員で代替えしようとしても、ケアの個性が高く勤務のシフトを担えるには時間がかかり応援にしかない。更に、知識や技術などの研鑽のために外部研修や内部研修の時間をとることは、従来型より難しいということが分かった。したがって、リーダーは勤務を組むだけではなく、チームメンバーの力量や会議やカンファレンスを入れることや研修派遣もできるように勤務を設計する能力が求められるということが分かった。

チームづくりとカンファレンス

重要なケアの理念である「パーソンセンタードケア」を十分に理解した実践でないと個性の高いケアは生まれないということを理解できた。では「パーソンセンタードケア」の理念を伝える場について考えていきたい。また、理念を共有してチームとして成長していくためには具体的にはどのような働きかけが必要であるのか考えてみたい。

一つはケースカンファレンスである。施設におけるカンファレンスは、ケース検討に留まらずユニットの運営面の課題検討も行う。それは、在宅でのカンファレンスやサービス担当者会議とは異なるところであろう。単にケースに関する検討だけではなく、利用者に向き合う姿勢やケアの価値観を確認しあい修正しつつ支援の方向性を確認しあう教育的機能も果たしている。

また、カンファレンスの場でのスーパーバイズやコーチングによってユニットの職員一人ひとりの課題を整理して考え方のヒントを示す場であり人材育成の機能も果たしている。筆者も準ユニット型施設の現場の責任者として、各ユニットのカンファレンスの場でケースの検討の場に関わりケース支援に関する助言も行ったが、根底にあった意識は、利用者の意向や思いに沿った個性の高いケアへ方向づけようとしてパーソンセンタードケアの理念に照らしていた。合わせてそのことをユニットの職員が自ら気づくことができるような働きかけをしていた。良いケアに結びつく考えには共感し評価するストロークを送り、課題のある場合は職員やチームが自ら課題と解決の糸口を導き出すようなコーチングを行っていた。自身の振る舞いを客観的に考察したときに、ケアワークやソーシャルワークに関するスーパーバイズだけでない機能を自分自身が果たそうとしていることに気づいた⁽¹³⁾。調査研究においても「カンファレンスは、介護サービス提供に資する適正なケアマネジメントの根幹に位置するとともに、そのプロセスにおいては、リーダーを中心としたメンバー同士の共通認識の醸成、教育指導による諸技術の伝達といった人材育成を目的としたコミュニケーションの場としての役割」とあり、更に、カンファレンスは、「リーダーシップを具備する職務階層の高い職員が、その力量を存分に発揮する場である」とともに、「メンバーがリーダーシップにかかる技術を高めるためには、カンファレンスのプロセスを通して、リーダーシップを具備する指導的立場のメンバーから、その技術が伝達され修得される」とあるが、理念や価値は、個々の職員に対するOJTや面談などの場面でも伝えるが、チームとして、組織として共有していくためには、場の使い方である。カンファレンスや会議は重要な場でありそこでの教育的コミュニケーションやコーチングは人材育成の技術であり、チームマネジメントの技術であるとも言える。

(3) ヒアリング調査

調査対象地域：京都市

調査客体：ユニット型施設の介護統括責任者2名、小規模多機能居宅介護管理者1名

調査方法：質問紙をもとインタビュー

調査項目：職位、職責、職務内容と課題、人材育成に関する試みなど

会議、カンファレンス運営の実態など

ユニット型施設、もしくは、それに準ずる（準ユニット型）施設の介護統括責任者に対して以上の項目でインタビューを実施した。小規模ケアで特に重要な機能を持つと予測されるカンファレンスについて重点的にインタビューを行った。カンファレンスでは、どのようなことを議論されているのか、介護統括責任者のカンファレンスに対する介入とそこでの職務をインタビューして抽出した機能と役割を整理して、カンファレンスの機能と介護統括責任者の役割を明らかにすると考えたからである。

施設との比較を行うために、地域で 24 時間 365 日型のサービスを地域で展開している小規模多機能居宅介護事業所の介護統括責任者へのヒアリングを実施した。地域密着型事業所で実施した理由は、ユニットケアを開発して施設ケアの目指す目標としての地域型小規模多機能居宅介護のチーム運営があり、そこにおける介護統括責任者の職務は地域住民への支援や他機関連携も包括したチーム運営の技術が網羅的に存在すると予測し、介護統括責任者としてのポータブルな職務内容を明らかにすることを目的とした。

ヒアリング結果と考察

① 施設における介護統括責任者の職務

平成 23 年京都市内のユニット型施設の介護統括責任者 2 名に対してヒアリング調査を実施した。ヒアリング調査は、アンケート調査の結果をふまえて、ケアマネジメントプロセスにおけるカンファレンス、運営に関する会議での役割、研修、家族や地域に対する考え方をインタビューした。

カンファレンスでの役割は、活発な論議ができるよう運営面への配慮や、事前の情報収集、カンファレンスでの内容が適切に伝わっているのか個々の職員に確認するなどの働きがあった。また、カンファレンスでは、リーダーの発言をサポートするなど、リーダーシップへの支援を意識的に行っていた。会議では、検討課題についてリーダーやメンバーが自ら考え、具体的な策を導き出せるように、ティーチングではなく、コーチングの手法を用いてサポートするようにしている。

研修に関しては、研修への職員派遣の判断はリーダーに任せている。しかし、派遣を判断した理由について、個々の職員の課題や研修計画に基づいているのかを確認している。研修後には、研修レポートの確認やヒアリングで研修の成果の確認を行っている。

家族・地域連携に関しては、家族や地域の支援力をユニットのケアに活用しようとする意識が見られる。利用者の生活がユニットの中だけで完結しないようにしようとして葛藤している。施設の介護統括責任者は、ケアの場面で直接的に OJT をすることよりは、むしろ、ケアやサービスの運営について検討するカンファレンスの場においてリーダーシップを取っている。そのリーダーシップの在り方は、指示命令型ではなく、一人ひとりが考え判断できるような職員を育成するための支援型である。

② 地域における介護統括責任者の職務

平成 22 年京都市内の K 小規模多機能居宅介護事業所の介護統括責任者にヒアリング調査を実施した。ヒアリング項目は、事業所概要、理念、サービスの特徴、サービスマネジメント、ケアマネジメント、人材育成、地域との連携等である。

介護統括責任者が実際行っていたことは、専門職としての職務としてはケースワークを通じて認知症ケアやターミナルケアの技術の伝達、介護支援専門員としてサービス計画の作成や

ニーズに応じてサービスマネジメント、利用者や家族に対する相談援助、他機関や地域との連携や調整である。役職者としては、日常的に職員に対するコミュニケーションと、随時、定期的に面談の機会を持ちチームをまとめるために働きかけていることや、ケアに関する指導や助言、事業所内で勉強会を行って人材育成に関する職務を担っていた。加えて、他機関の介護支援専門員や専門職へのサービスの説明、お試し利用の実施など、サービスと人材を有効に活用し常に調整を図っていることが明らかになった。そのことは、調整力でもあり、資源活用とコスト意識をもった経営管理でもあるといえる。ヒアリングから整理した課題は、3点あり、①小グループチームをまとめていく場合に職員に対する向き合い方や具体的な技術がわからない。現状では、今までの経験から探りながら対応していることと、本体施設の管理者と相談しながら進めているということであった。②1チームでの運営は代替え要員がなく外部研修などのへの派遣が難しく、また事業所内での計画的な研修の実施も難しいので、専門的知識の伝達の機会が少ない。③看護の専門職の配置は制度的にも薄い点などが挙げられた。①②に関しては、リーダーシップやサービスの質の向上と調整、人材の育成と調整などの職務であり、リーダーシップだけではない、チームをマネジメントする実際の職務が明らかになった。

(4) 職務としての「チームマネジメント」

リーダーの職務としては⁽¹⁴⁾、2010年「特別養護老人ホーム等における介護職員のキャリア形成を志向した職場内研修やケース会議の実施体制・方法に関する調査研究事業報告書」によると、介護職では皆無であったA実践ランクが、監督職であるリーダーでは「施設の方針を職員に浸透する」「介護サービスの内容の検証や改善を行う」「一般介護職の指導・育成を担う」「緊急対応」「欠員時のサポート」「家族対応を行う」「介護のエキスパートとして手本となる」「新人教育を担当する」の8項目に見られる。筆者の所属していた法人の「介護職員キャリアパスシステム」においてもリーダーの職務内容は、「上級者としての介護技術の習得」「担当部署の備品管理と環境管理」「家族対応・地域、他機関、他職種との連携・協力」「欠員時の支援」「新人へのOJTリーダー」「勤務管理」「実習指導」「計数管理(データ作成)」の8つの項目を上げている。

リーダーの職務課題を遂行するために「求められる能力」と、マネジメントの技術として人材教育、指導、育成の根拠となる専門的な知識の研鑽、技術の向上が挙げられる。このことは、OJTの場面などで伝える高いコミュニケーション能力と連動する。次に、家族対応は勿論のこと、チームと他職種、チームと他機関を有機的につなぐ連携や調整力、更には、人材、資源、物的環境の管理能力も必須となる。整理すると、①専門性 ②組織・社会調整能力 ③人材育成 ④経営管理の4点に渡ると考えられる。加えて、前出の調査で実践ランクAであった「施設の方針を職員に浸透する」とあるように、職務を遂行するにあたって、理念に照らしてチームの方針やビジョン(Vision=目に見えるもの)を示すことも担っている。

(5) チームマネジメントと研修体系

リーダーが職務課題を遂行するための「チームマネジメント」は、今のところ養成課程においては具体的な技術として確立されているものではないが、現任研修においては、具体的な技術が科目として整理されているものがあり、「認知症介護実践リーダー研修」「介護福祉士ファーストステップ研修」が、先駆性、開拓性のある研修としてあげられる。特に、ファーストステップ研修ガイドラインでは、介護職のキャリアの共通基盤を形成することをねらいとしている。その研修コンテンツは3つの領域にわたり12科目で構成されチームマネジメントの具体的な技術として考えられる。（表3）

認知症介護実践リーダー研修の科目は、認知症の知識やアセスメント、施設実習をのぞけば概ねファーストステップ研修の科目と重なる内容となっている。都道府県によっては、ファーストステップ研修修了者と認知症介護実践リーダー研修との読替えを承認している。京都市においてもファーストステップ研修修了者（認知症介護実践者研修修了者が要件）は、「認知症の医学的知識」の講義受講と2日間の施設実習を修了して認知症介護実践リーダー研修修了と読替えが認められるなど、研修体系の統合や整理の動きが始まっている。

表3 ファーストステップ研修カリキュラム構成

領 域	総時間	科目構成と標準的な時間	
個別ケア	72 時間	1. 利用者の全人生、尊厳の実践的理解と展開	16 時間
		2. 介護職の倫理の実践的理解と展開	16 時間
		3. コミュニケーション技術の応用的な展開	16 時間
		4. ケア場面での気づきと助言	24 時間
チームケア・連携	48 時間	5. 家族や地域の支援力の活用と強化	16 時間
		6. 職種間連携の実践的展開	16 時間
		7. 観察・記録の的確性とチームケアの展開	16 時間
チームの運営管理基礎	80 時間	8. チームのまとめ役としてのリーダーシップ	16 時間
		9. セーフティーマネジメント	16 時間
		10. 問題解決のための思考法	16 時間
		11. 介護職の健康・ストレスの管理	16 時間
		12. 自職場の分析	16 時間

出典：全国社会福祉協議会「介護福祉士ファースト研修ガイドライン」より引用

4. お わ り に

(1) 介護人材と育成の課題

職務と技術が明らかになっても、マネジメント力を備えた専門職になるには、そのことを知識として理解することと、実践する能力が求められる。実践力をつける方法としては、2つ考えられ、一つは、実践の場で上位者に学ぶOJTである。一つは、OFF-JTで、研修の場で学ぶ方法である。しかし、医療や看護の領域に比べて介護職が専門職化されて歴史が浅く、実践の場のOJTの課題は、介護自体が標準化しにくい現状がある。また実践と指導力を備えた上

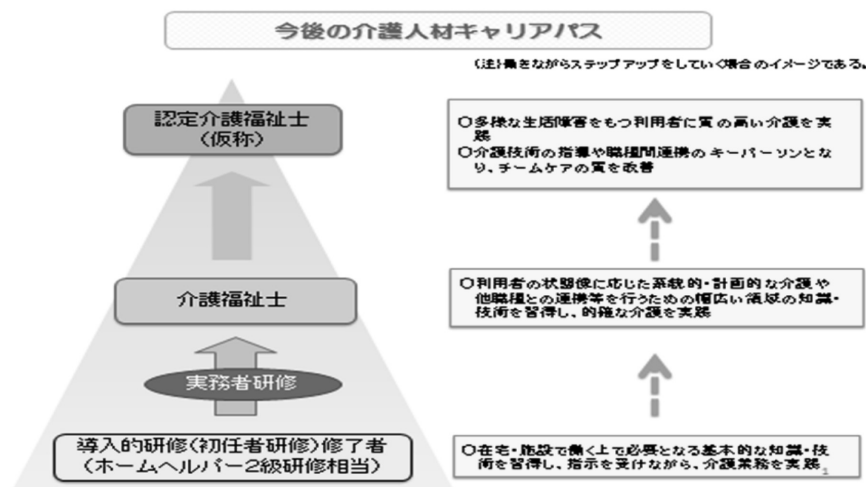
位者が圧倒的に不足していることや、1法人1事業などの小さい規模では、キャリアアップを目指してもポジションがない。したがって、介護職のキャリアパスが介護支援専門員かもしくは生活相談員になってしまう場合や、そのポジションは既に現任者がいる場合は、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターなど事業所を目指し中堅介護職の人材の定着を妨げ大きな課題となっている。

新たな OFF-JT への期待

専門職の職業能力の育成は、どちらかという OJT が中心であったし、勘や経験値の域を脱しえなかった。しかし、介護が介護福祉となった今、教育機関、実践の場、社会全体で職業としての能力開発と育成、評価体制を検討することが必要である。また、OJT を補完するための知識を得ることを中心とした OFF-JT から、OJT と連動して技術、知識だけではない実践力を確実なものとしていく、新たな OFF-JT への機能とその開発が期待される場所である。

(2) 今後の展望

今後の課題は、目指すべき専門職としての介護職の在り方と目標の設定②実務に携わる現任者の専門性とマネジメント能力をバランスよく育成する研修体系の開発③様々な研修体系を統合した、わかりやすいキャリアパスの仕組みづくり、が課題であると考えます。「今後の介護人材養成の在り方について（報告書）」では、「今後の介護人材のキャリアパスを簡素でわかりやすいものにする」とともに、介護の世界で生涯働き続けることができるという展望を持てるようにする必要があります」とある。（図1参照）介護職がチームリーダーとなりマネジメントを身につけ事業の管理者に成熟していく道標をさし示す「キャリアパスシステム」の構築にむけて推



出典：今後の介護人材養成の在り方に関する検討会「今後の介護人材養成の在り方について（報告書）」（平成23年1月20日）

図1 今後の介護人材のキャリアパス

進しようとしている。具体的には、介護福祉士の資格がより専門化され平成 27 年には完全に国家試験資格となることや、先に述べた、医療行為は介護職が担う技術として開かれたこと、現任者においても介護福祉士の上級資格として認定介護福祉士（仮称）の研修がモデル事業として始まる（平成 24 年）など介護職のキャリアが見え始めてきた。（図 1 参照）チームをまとめるリーダーシップと人材育成の力をつけていくキャリアパスをたどり、福祉専門職としてのチームマネジメント力を身につけた介護職とチームが、更に介護の専門職を育成するという循環を定着させることは、介護職の専門職化の進展であり、社会的承認への前進と考える。そして、その力は、施設サービスであっても在宅サービスであっても、地域社会で発揮できてこそ専門性であると言える。地域で支える、福祉専門職である介護職として。

〔注〕

- （１）「社会福祉士法及び介護福祉士法の一部改正」（平成 24 年 4 月 1 日施行）喀痰吸引、経管栄養などの対応の一部を介護福祉士が担う技術として位置づけられた。
- （２）1 日の大半をベッド上で過ごすこと。食事もベッド上で、排泄もオムツで交換するなど、ベッド上やベッド回りで行うこと。身体機能の低下による「寝たきり状態」ではなく、施設の業務に都合上、食事や排泄もベッドで行われていた時代である。
- （３）食堂で食事、トイレで排泄ケアと「介護する上で、寝る場所と食事する場所を分けること」
- （４）全国社会福祉協議会『全国老人ホーム基礎調査報告書』1993 年
- （５）小規模生活単位型特別養護老人ホームの制度化。2002 年度からユニット型に対応した施設整備国庫補助金が創設された（「2015 年高齢者介護の報告書」ユニットケアについて）
- （６）「くつろぎ」「むすびつき」「たづさわる」「自分らしさ」「共にあること」という認知症を抱える人の 5 つの心理的ニーズに着眼してケアをすることが重要であるとしている。
- （７）全国社会福祉協議会『老人ホーム職員ガイドブック処遇編』P251 初版 1991 年
- （８）「寮母養成研究の過程と方向」『老人福祉』全国社会福祉協議会 1986 年 P75～82
- （９）中島紀恵子「動き出した介護福祉士制度」
- （10）日本社会事業大学『介護保健施設における介護職員の業務のあり方に関する研究報告書』2004 年
- （11）特定非営利法人介護人材キャリア開発機構『特別養護老人ホームにおける介護職員のキャリア形成を志向した職場内研修やケース介護の実施体制、方法に関する調査研修事業・報告書』P134～135 2010 年
- （12）日本社会事業大学『介護保険施設における介護職員の業務のあり方に関する研究報告書』2004 年
- （13）特定非営利法人介護人材キャリア開発機構『特別養護老人ホーム等における介護職員のキャリア形成を志向した職場内研修やケース会議の実施体制、方法に関する調査研究事業報告書』2010 年
- （14）特定非営利法人介護人材キャリア開発機構『特別養護老人ホーム等における介護職員のキャリア形成を志向した職場内研修やケース会議の実施体制、方法に関する調査研究事業報告書』2010 年 P135

（むらた まきこ 社会福祉学研究科社会福祉学専攻博士後期課程）

（指導教員：永和 良之助 教授）

2012 年 10 月 1 日受理